

Aus der Hals-Nasen-Ohren-Klinik
der Freien Universität Berlin, Klinikum Charlottenburg,
Berlin 19, Spandauer Damm 130

RHOMBOIDPLASTIK
Ein Beitrag zur Rekonstruktiven Chirurgie
an Gesicht, Kopf und Hals

Inaugural-Dissertation
Zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Peter Bontchev

Sofia/Bulgarien

1977



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550806_0046

Aus der Hals-Nasen-Ohren-Klinik
der Freien Universität Berlin, Klinikum Charlottenburg,
Berlin 19, Spandauer Damm 130

RHOMBOIDPLASTIK
Ein Beitrag zur Rekonstruktiven Chirurgie
an Gesicht, Kopf und Hals

Inaugural-Dissertation
Zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Peter Bontchev
Sofia/Bulgarien

Referent: Prof. Dr. Ch. Betow

Korreferent: Prof. Dr. I. Flemming

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fachbereiche
der Freien Universität Berlin



Promoviert am : 29. 4. 1977

MEINER MUTTER

Inhaltsverzeichnis

=====

	<u>Seite</u>
Einleitung und geschichtlicher Abriß	1
Beschreibung der Rhomboidplastik	4
Fallbesprechung	7
Diskussion	35
Zusammenfassung	37
Autorenverzeichnis	39
Literaturverzeichnis	40

Einleitung und geschichtlicher Abriß

Die Geschichte der plastischen Chirurgie reicht bis in das Altertum und Mittelalter. Seit dieser Zeit sind uns rekonstruktive Eingriffe bekannt, die im Rahmen der neuzeitlichen Chirurgie des 17. bis 19. Jahrhunderts von namhaften Chirurgen neu aufgegriffen und weiterentwickelt wurden.

Die chirurgische Behandlung der Tumore, besonders im Gesichtsbereich, von Dieffenbach (1), Bardenheuer (2), Langenbeck (3), Pancoast (4) und vielen anderen, gab neue Impulse und viele in heutiger Zeit angewandte Methoden und Schnittführungen sind auf diese Autoren zurückzuführen. Durch die Entwicklung der modernen Anästhesie und durch das ungeheuer große Krankengut während der beiden Weltkriege kam der rekonstruktiven Chirurgie große Bedeutung zu, so daß sie sich zu einem Hauptgebiet der gesamten plastischen Chirurgie entwickelte.

Die Aufgabe der rekonstruktiven Chirurgie ist, die durch Unfälle und nach Tumorentfernung entstandenen Defekte bzw. Substanzverluste zu beseitigen und ihr Ziel ist, ein Höchstmaß an Ästhetik zu erreichen. Um dies zu bewerkstelligen, bedient sie sich verschiedener Methoden, die man nach biologischen und technischen Gesichtspunkten einteilt. Marchand (5) unterteilte 1901 die Gewebersatzmethoden in bezug auf das Verhältnis der Entnahme- und Empfangsstelle, die auch heute ihre Gültigkeit haben und die man als klassische Aufteilung bezeichnet.

Die biologische Klassifizierung unterscheidet folgende Methoden:

1. Autotransplantation:

Bei dieser Methode ist das Individuum gleichzeitig Spender und Empfänger.

2. Homoiotransplantation:

Spender und Empfänger ist nicht das gleiche Individuum, jedoch die gleiche Gattung.

3. Heterotransplantation:

Spender und Empfänger sind artfremde Organismen, wie z. B. Transplantation vom Tier auf den Menschen.

Die technische Aufteilung unterscheidet zwischen Lappenplastiken (Steleoplastik) und freier Transplantation.

Die Lappenplastiken unterteilen sich in drei Gruppen:

1. Die Nahlappenplastiken (lokale Methoden)

2. Die direkten Fernlappenplastiken (Pseudowanderlappenplastiken)

3. Die Wanderlappenplastiken

Aus den oben erwähnten Gruppen ist ersichtlich, daß die Nahlappenplastiken die beste Methode zur Wiederherstellung von Gesicht, Kopf und Hals sind, da die Haut aus der unmittelbaren oder etwas entfernt liegenden Umgebung entnommen wird und in einer Sitzung den ganzen Defekt deckt. Hier haben sich besonders Ammon (6), Esmarch (7), Kowalzig (8), Limberg (9), Burow (10), Stark (11), Dieffenbach (1), Imre (12), Esser (13) verdient gemacht.

Als besonders schwierig hat sich die ästhetische Wiederherstellung des Gesichtes in eine normale anatomische Form erwiesen. Alle diese in der Literatur beschriebenen und angewandten Methoden führen mehr oder weniger zu keinen befriedigenden ästhetischen Resultaten. So z. B. muß man bei der von Langenbeck (3) und Leutteneur (14) ausgearbeiteten Schwenklappenplastik zur Wiederherstellung des Unterlides in einer zweiten Sitzung die bei der Schwenkung entstandene Hautwulstung beseitigen. Bei der Rotation der Wange, die erstmalig von Esser (13) beschrieben und angewandt wurde, wird bei größeren Defektdeckungen nach Mobilisation des retroaurikulären Hautanteils ein freies Hauttransplantat zur Deckung des sekundären Defektes verwendet. Der Dehnungslappen nach Kazanjian (15), der zur Deckung kleinerer kaudal gelegener Wangendefekte dient, kann nur bei einem gewissen Hautüberschuß und einer bestimmten Größe des Defektes angewandt werden.

In der Hals-Nasen-Ohren-Klinik der Freien Universität Berlin-Charlottenburg wurde von Betow eine neue Methode eingeführt, die sogenannte Rhomboidplastik, die Anwendung vor allen Dingen im Gesichts-, Kopf- und Halsbereich findet und absolut ästhetisch wiederherstellende Resultate sichert. Bei dieser Methode wurden selten oder fast nie Nekrosenbildungen beobachtet, weil der Lappen auf einer breiten Basis gebildet wird.

Die Rhomboidplastik ist Gegenstand dieser Dissertation.

Beschreibung der Rhomboidplastik

=====

Erstmälig wurde die Rhomboidplastik an der Hals-Nasen-Ohren-Klinik der Freien Universität Berlin, Klinikum Charlottenburg, im Jahre 1973 angewandt. Die meisten Patienten litten an Basaliomen oder Plattenepithelkarzinomen, die an verschiedenen Stellen im Gesicht und am Hals, wie z. B. über der Schläfe und Wange, an der Nasolabialfalte, auf der Nase oder am Ohr ihren Sitz hatten. Die Diagnose und die Operation der Tumore erfolgte in rascher Folge aufeinander. Nur die größtmögliche Schnelligkeit in der Stellung der Diagnose und die sofortige radikale Therapie "nehmen die Chance zu überleben, die den Tumorkranken nur recht beschränkt eingeräumt ist, am ehesten wahr... Der Operateur, der hier zögert, bezahlt mit dem Leben des Patienten." (Herfert) (16)

Die Rhomboidplastik wurde außerdem angewandt bei zwei Patienten mit hartnäckigen Hypopharynx fisteln, die nach totaler Laryngektomie entstanden waren, bei einer Parotisfistel und in einem Fall nach Entfernung eines infizierten Hämangioms am Unterschenkel.

Die Rhomboidplastik gehört zu der Gruppe der Nahlappenplastiken, die die Verschiebelappen, die Schwenklappen, die Rotationslappen, die Insellappen und die Brückenlappen beinhaltet. Am besten läßt sich diese Methode zu den Rotationslappen einordnen, da die Drehung des Stieles mehr als 30° beträgt. Als Nahlappenplastiken können alle Methoden der Hauttransplantation bezeichnet werden, wobei der Defekt mehr oder weniger von der unmittelbaren Umgebung nach einem oder mehreren Schnitten und entsprechender Aufpräparierung gedeckt werden kann.

In den letzten vier Jahren wurden in der Hals-Nasen-Ohren-Klinik in sechs Fällen Basaliome bzw. Plattenepithelkarzinome radikal operiert und anschließend mit einer Rhomboidplastik versorgt. Die folgende Abbildung zeigt das Prinzip dieser neuen Methode.

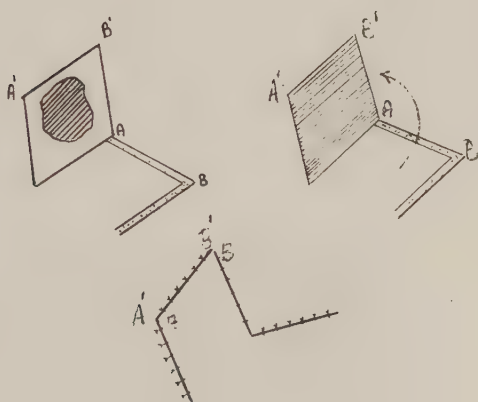


Abb. 1 Das Prinzip der Rhomboidplastik

- a) Das Karzinom und der Verlauf der Schnittlinien.
- b) Das vom Karzinom zerstörte Gewebe ist exzidiert und der Lappen angehoben. Der Pfeil zeigt die Richtung der Rotation, so daß der Punkt A zum Punkt A und der Punkt B zum Punkt B rotiert.
- c) Der Verlauf der Narbe nach Verschuß der Wunde.

Das Karzinom wird im Gesunden exzidiert, wobei eine rhomboidähnliche Form entsteht. Die Schnittlinien für die Lappenbildung werden so angelegt, daß analog der ersten Form ein zweites Rhomboid entsteht. Der Lappen wird angehoben und zum Defekt hin rotiert und angepaßt. Aus der Abb. 2 ist ersichtlich, daß die Rhomboidplastik in acht Richtungen angewandt werden kann.

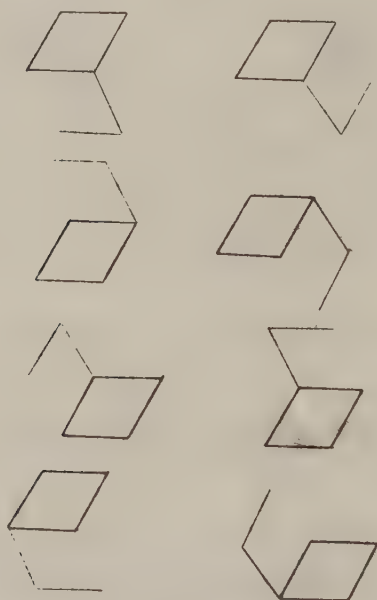


Abb. 2 Die acht Anwendungsmöglichkeiten der Rhomboidplastik

Diese Tatsache hat eine außerordentlich große praktische Bedeutung, da man sich die Donorstelle dort aussuchen kann, wo die anatomischen Gegebenheiten es erlauben und wo das beste ästhetische Resultat erzielt werden kann. Im Folgenden werden die einzelnen Fälle ausführlich besprochen und demonstriert.

Fallbesprechung

=====

Fall 1:

Pat. Emmi H., 63 Jahre

Bei der Patientin handelte es sich um einen Tumor am rechten Nasenflügel, der laut anamnestischer Angaben seit vier Jahren besteht und in den letzten zwei Jahren an Größe zugenommen hat. Auswärts wurde der Tumor auf hautärztliche Empfehlung bestrahlt. Da der Tumor nicht heilte, wurde die Patientin in der Hals-Nasen-Ohren-Klinik vorstellig. Am 23. Juni 1975 erfolgte die operative Entfernung des Tumors.



Abb. 3 Das Karzinom praeoperativ

Operationsbericht

Das etwa erbsgroße Epitheliom am rechten Nasenflügel wird bis zum Knorpel exzidiert. Der Defekt wird durch Rhomboidplastik abgedeckt. Naht. Trockener Verband.

Folgende Bilder mögen das operative Vorgehen verdeutlichen.



Abb. 3 a Das Karzinom ist im Gesunden entfernt.
Verlauf der Schnittlinien.

Bei antibiotischer Abschirmung und Gabe von Antiphlogistika heilte die Wunde komplikationslos. Die Entlassung erfolgte am 9. postoperativen Tag.



Abb. 3 b Die Wunde ist durch fortlaufend umschlungene Nähte verschlossen.

Die histologische Untersuchung bestätigte die radikale Exzision des Tumors.

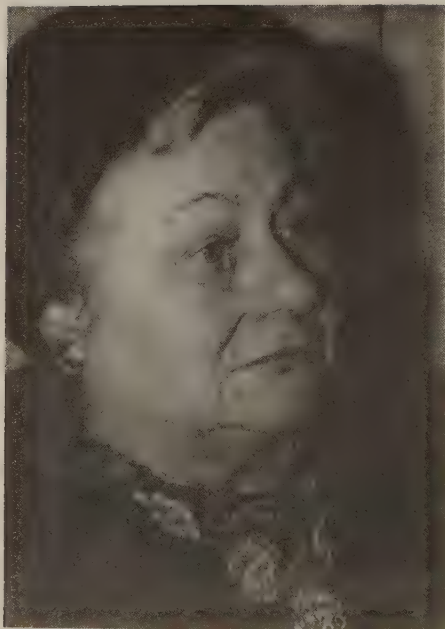


Abb. 3 c Konsolidierte Wundverhältnisse nach
ca. einem Jahr und drei Monaten.

Fall 2:

Pat. Paul A., 62 Jahre

Bei dem Patienten bestand seit zwei Monaten ein
linsengroßer Ulkus im Bereich der rechten Ohrmu-
schel, der sich als solides Basaliom erwies.

Operationsbericht

Nach entsprechender Vorbereitung wurde in Lokal-
anästhesie ein rhomboidförmiger Hautschnitt ange-
legt. Die tumoröse Masse reichte bis zum großen

Fenster. Der Defekt wird durch die Rhomboid-
plastik gedeckt. Naht. Trockener Verband.

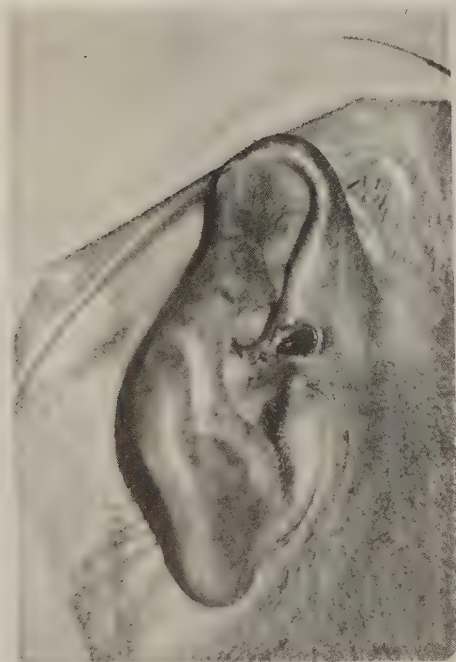


Abb. 4 Das rechte Ohr mit dem Tumor bis zum
großen Fenster reichend.

Der postoperative Verlauf gestaltete sich kompli-
kationslos. Nach der Entfernung der Fäden am
siebenten postoperativen Tag zeigte sich eine
Dehiszenz im mittleren Bereich der Wunde, die in
einer weiteren Woche zugranulierte. (Abb. 4, 4 a
und 4 b)



Abb. 4 a
Schnittlinien
nach Verschuß
der Wunde



Abb. 4 b
Die Wundverhält-
nisse nach 18
Monaten

Fall 3:

Pat. Richard W., 75 Jahre, operiert am 12.10.1973

Bei dem Patienten handelte es sich um ein stark verhornendes Plattenepithel-Karzinom am rechten Nasenflügel.

Operationsbericht

Nach Merfenisierung und steriler Abdeckung wird das Exzizat markiert. Danach Infiltration von Lidocain mit Octapressin 2 % und Tumorexzision in typischer Weise. Mobilisation der Rhomboidplastik. Haut-Schleimhautnaht im Bereich des Nasenseptums. Hautnaht mit atraumatischem Mersilen. (Abb. 5 bis 5 c)

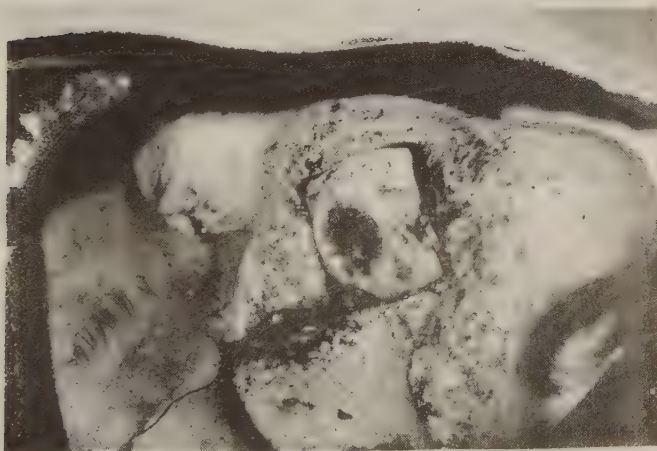


Abb. 5 Der Tumor am rechten Nasenflügel mit den Schnittlinien

Der Tumor ist nach den vorliegenden histologischen Präparaten im Gesunden exziiert, nur im Bereich des mit "rechts" bezeichneten Randes sind die Verhältnisse nicht klar zu übersehen, da die Tumorkomplexe hier teilweise bis in den Schnitt-
rand reichen. Aus Sicherheitsgründen wurde eine Bestrahlung mit Tele-Cobalt durchgeführt.

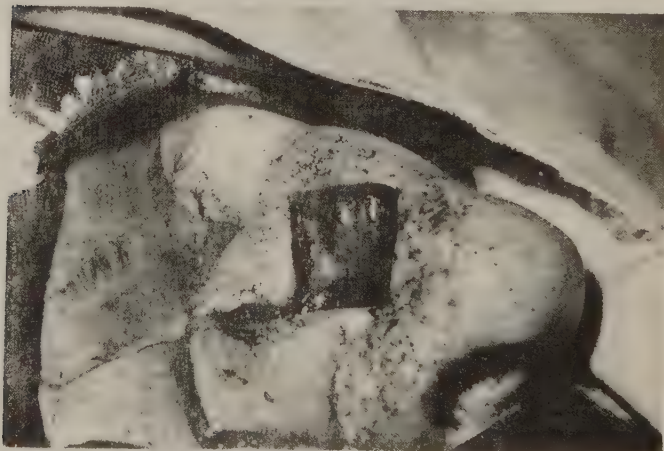


Abb. 5 a Der Tumor ist exziiert

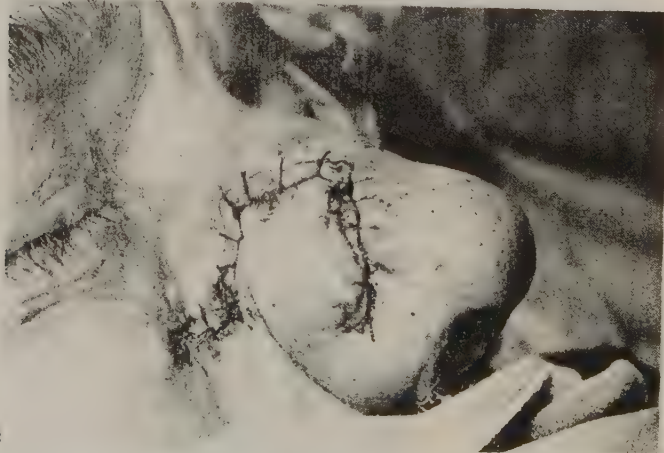


Abb. 5 b Der Defekt ist mit der Rhomboidplastik verschlossen

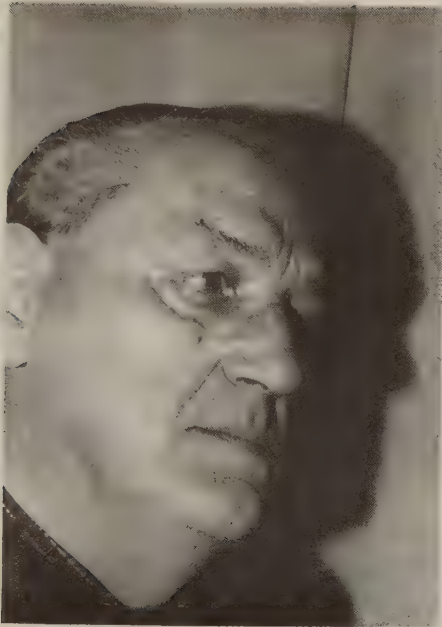


Abb. 5 c Narbenverhältnisse nach mehr als
drei Jahren

Fall 4:

Pat. Alex R., 69 Jahre

Bei dem Patienten handelte es sich um einen Zustand nach radiologischer Behandlung eines Plattenepithelkarzinoms im Bereich der linken aryepiglottischen Falte. Da sich im Laufe der Zeit ein Recidiv entwickelte, entschloß sich der Patient zur Laryngektomie. (Abb. 6)

Postoperativ stellte sich eine hartnäckige Hypopharynxfistel, die sich durch mehrere plastische Eingriffe nicht decken ließ.



Abb. 6 Der rhomboidförmige Schnitt ist angelegt, in der Mitte des Defektes ist der Fistelgang sichtbar

Operationsbericht

Nach entsprechender Vorbereitung wurde in ITN ein rhomboidförmiger Schnitt um die Fistel angelegt und nach Bildung eines Rhomboidlappens der Defekt gedeckt. Die Plastik zeigte einen primären Heilungsverlauf.

Bei diesem Fall handelte es sich um ein bestrahltes und mehrmals voroperiertes Gebiet. Man sollte annehmen, daß die Blutversorgung dieser Region zwangsläufig durch die vorausgegangenen Manipulationen gelitten haben müßte. Die komplikationslose Heilung der Plastik und die ausgezeichnete Innervation der Lappen bestätigen aber die Zweckmäßigkeit dieser Methode.

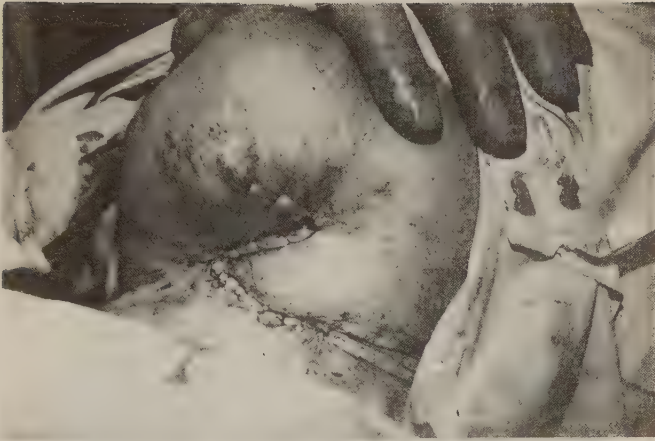


Abb. 6 a Verlauf der Narbe



Abb. 6 b Postoperatives Bild der Rhomboidplastik.
Die Tracheostomaöffnung ist deutlich
sichtbar

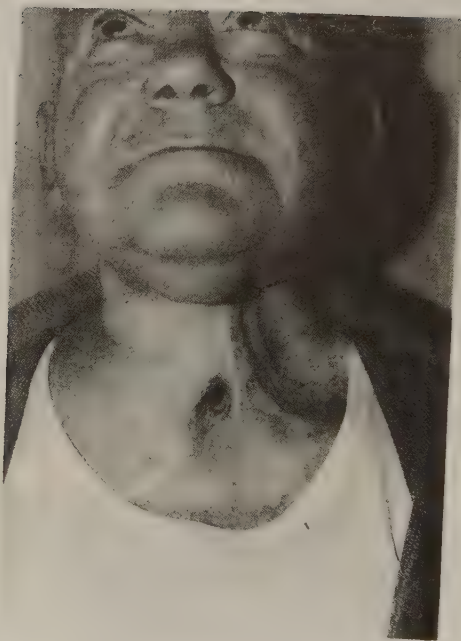


Abb. 6 c Zustand nach ca. 3 Jahren

Fall 5:

Pat. Heinrich B., 57 Jahre

Die stationäre Aufnahme des Patienten erfolgte über die Röntgen-Poliklinik zur Entfernung eines Tumors an der linken Schläfe, der laut anamnestischer Angaben seit 4 bis 5 Monaten bestand. Vorausgegangen war eine ambulante PE aus dem Tumor, die ein Carcinom spinocellulare ergab.
(Abb. 7)



Abb. 7 Das Karzinom über der linken Schläfe

Die Geschwulst wurde makroskopisch im Gesunden entfernt und der Defekt mit einer Rhomboidplastik gedeckt. (Abb. 7a und 7 b)

Der postoperative Verlauf zeigte eine ausgezeichnete primäre Wundheilung. Die histologische Untersuchung bestätigte die radikale Extirpation des Tumors im Gesunden.

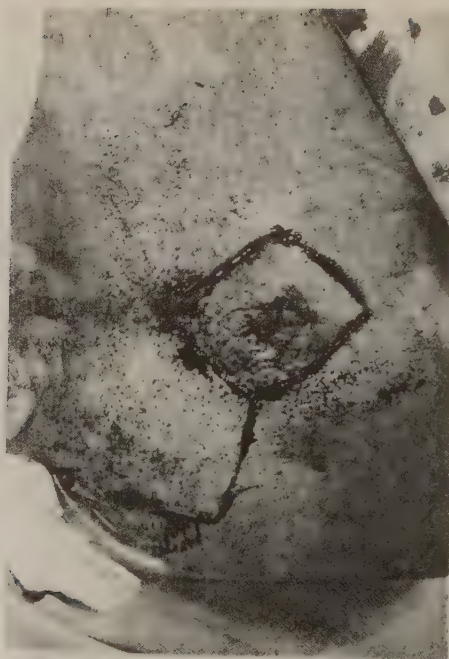


Abb. 7 a Der Schnitt ist weit um den Tumor angelegt

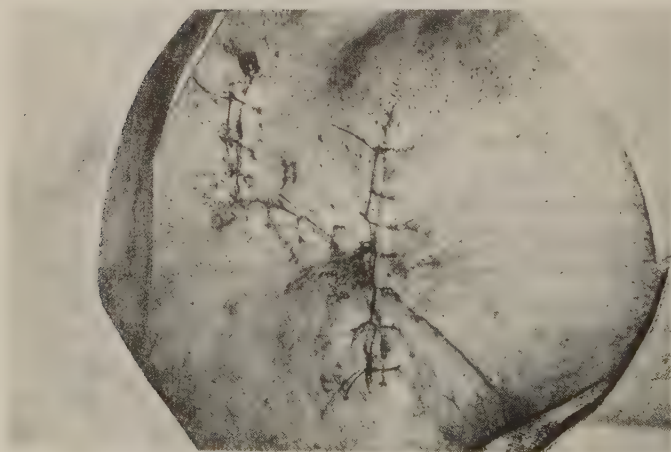


Abb. 7 b Durch fortlaufend umschlungene Nähte
ist die Wunde verschlossen

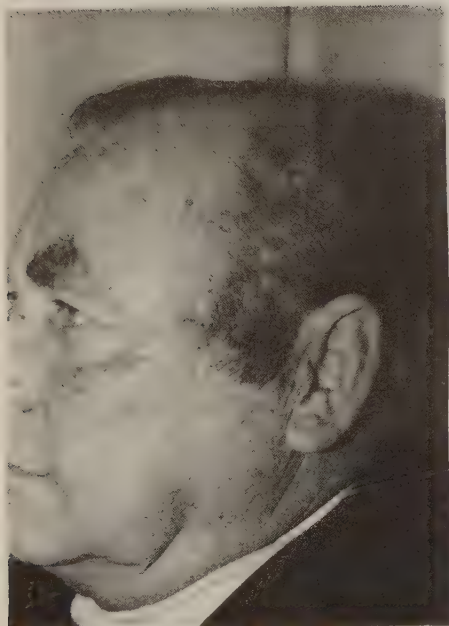


Abb. 7 c Zustand nach ca. 5 Monaten

Fall 6:

Pat. Walter R., 80 Jahre

Bei dem Patienten bestand seit mehreren Monaten
eine Geschwulstbildung hinter dem rechten Ohr.
(Abb. 8)

Die histologische Untersuchung ergab ein zentral
exulzierendes tief infiltrierendes Basalzellen-
Karzinom.



Abb. 8 Aus der Umgebung des Tumors ist ein rhomboid-
förmiger Lappen ausgeschnitten

Der Tumor wurde makroskopisch radikal entfernt und
der sehr große Defekt mit der Rhomboidplastik versorgt.

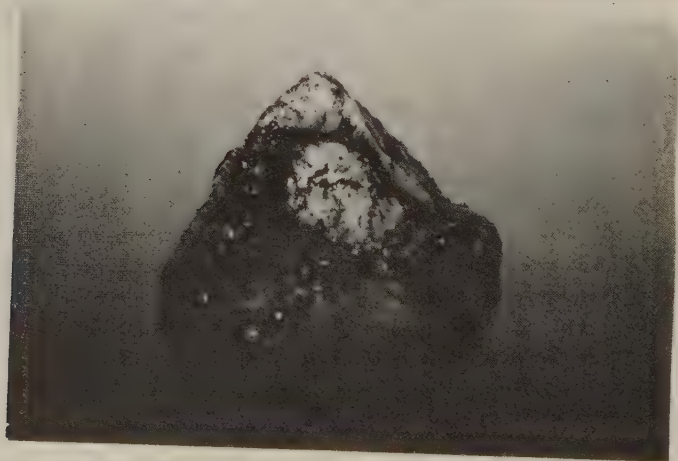


Abb. 8 a Der Tumor ist in toto exzidiert

Die Abb. 8 a zeigt das große Ausmaß des Tumors. In der Wunde wurde ein Redondrain belassen, da die Wundfläche verhältnismäßig groß war.



Abb. 8 b Der Defekt mit den Schnittlinien

Unter antibiotischer Abschirmung verheilte die Operationswunde primär. Es bestand kein Anhalt für eine gestörte Ernährung des Lappens.

Da die histologische Untersuchung einen gewissen Zweifel an der Radikalität an einer der Schnittkanten zeigte, wurde der Patient nachbestrahlt.



Abb. 8 c

Die Wundfläche
ist durch fort-
laufend umschlun-
gene Nähte ver-
schlossen



Abb. 8 d

Die zur Zeit
bestrahlte
Plastik

Fall 7:

Pat. Max Sch., 64 Jahre

Bei der Aufnahme klagte der Patient über einen "Furunkel" am linken Nasenflügel, der seit sechs Wochen bestand und zunächst mit Antibiotikum ambulant behandelt wurde.



Abb. 9 Praeoperative Aufnahme des Tumors

Die histologische Untersuchung ergab eine Keratoakantoma invasivum mit Übergang in Carcinoma spinocellulare. Die Tumormasse wurde im Gesunden exzidiert und der Defekt mit anschließender Rhomboidplastik versorgt.

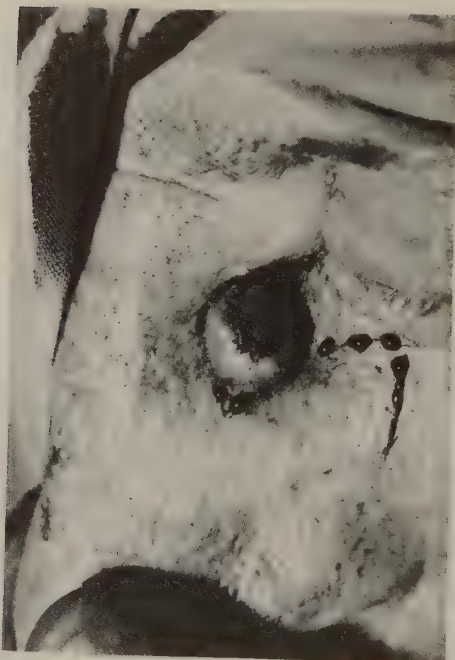


Abb. 9 a Die Schnittlinien sind um den Tumor weit im Gesunden angelegt

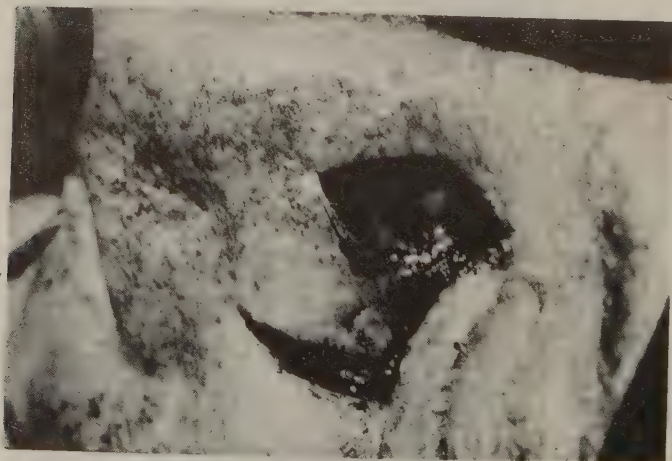


Abb. 9 b Das Wundbett ist frei von der Tumormasse. Hier zeigt sich eine deutliche Rotationstendenz des Rhomboidlappens

Unter antibiotischer Abschirmung zeigte sich eine komplikationslose Wundheilung mit sehr zufriedenstellendem Resultat.

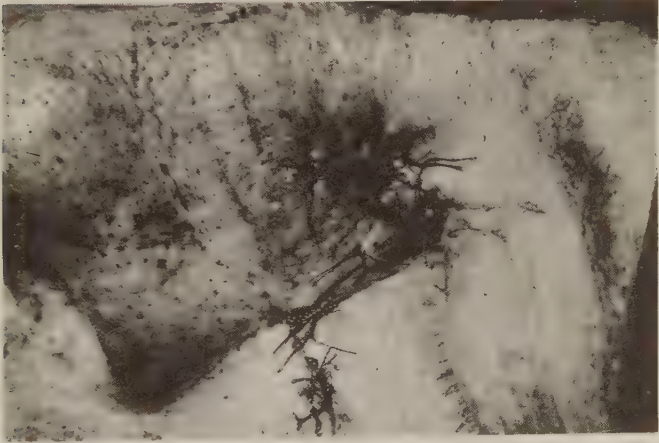


Abb. 9 c Verlauf der Narbe



Abb. 9 d
Verhältnisse
am linken Na-
senflügel nach
ca. einem Jahr

Fall 8:

Pat. Bernhard M., 60 Jahre

Bei dem Patienten wurde im Januar 1974 am rechten Stimmband ein schwach verhornendes hochdifferenzier-
tes Plattenepithel-Karzinom im Stadium $T_1 M_0 N_0$
diagnostiziert. Das Karzinom wurde zunächst durch
Elektrokoagulation und später mit Nachbestrahlung
nach der von Wullstein entwickelten Technik behan-
delt. Da es Anfang 1975 zu einem Rezidiv kam und
der Tumor sich bereits im Stadium $T_3 M_0 N_0$ befand,
erfolgte die Laryngektomie. Eine Neck dissection
war nach der Art des Befundes nicht erforderlich.
Postoperativ kam es zur Ausbildung einer großen
Pharynxfistel, so daß noch mehrere Wundrevisionen
durchgeführt werden mußten, ohne daß jedoch der De-
fekt völlig geschlossen werden konnte. Durch das
Zusammentreffen mehrerer ungünstiger Faktoren
(Diabetes mellitus, Bestrahlung, ausgesprochene
Ekzemeigung im Halsbereich und zum Teil undiszipli-
niertes Verhalten des Patienten, wie z. B. Rauchen
durch das Tracheostoma) ließ sich der Pharynxdefekt
auch mit plastischen Maßnahmen (Rollappenplastik,
Verschiebeplastik) nicht verschließen. In der Hals-
Nasen-Ohren-Klinik des Klinikum Charlottenburg
wurde am 2. April 1976 die Rhomboidplastik ange-
wandt.

Nach der Operation kam es zu einer primären und
komplikationslosen Heilung des Lappens. Wir können
hier leider nur die postoperativen Bilder nach der
Rhomboidplastik nach Ablauf eines Jahres demon-
strieren, die Anfang Januar 1977 gemacht wurden.
Verblüffend ist der reizlose Zustand des Halses
und das ausgezeichnete ästhetische Resultat dieser
so oft operierten und bestrahlten Region. In diesem
Fall zeigt sich am besten die beispiellose Ver-
heilung einer durch mehrere Eingriffe völlig ver-

narbten und zersetzten Wunde durch Primärnaht und ohne postoperative Infektion (Abb. 10).



Abb. 10 Die Narbenverhältnisse am Hals zehn Monate postoperativ

Fall 9:

Pat. Daria A., 3 Jahre

Das Kind litt an einer Parotidfistel links, deren Gang mit Plattenepithel ausgekleidet war. In der Umgebung der Fistel bestand eine ausgeprägte floride und vernarbende Entzündung mit geringfügiger unspezifischer Fremdkörperreaktion. In LA wurde eine rhomboidförmige Ausschneidung um das Granulations- und Bindegewebe vorgenommen. Durch die

Rhomboidplastik erzielte man einen Verschuß der großen Höhle. Auch hier können wir nur ein Bild neun Monate postoperativ zeigen, da damals keine Fotos angefertigt wurden (Abb. 11). Da die Fistelumgebung stark infiziert war, wurde das Kind einer konservativ chirurgischen Behandlung unterzogen. Nach Abklingen des entzündlichen Stadiums fand die Operation eine Woche später statt. Am zweiten postoperativen Tag stellte sich eine Wundverhaltung ein, die sofort eröffnet wurde. Es entleerte sich blutiges Sekret bei mäßiger Infektion der Wunde. Der weitere Verlauf gestaltete sich ohne Komplikationen. Die Entlassung erfolgte am 12. postoperativen Tag.



Abb. 11 Die Narbe links präaurikulär ist ein Jahr alt, gut verheilt und kaum sichtbar

Fall 10:

Pat. Ariane H.

Die Patientin litt an einem Haemangiom am linken Unterschenkel. Auswärts wurde der Versuch unternommen, es zu entfernen und den ca. 5-Markstück großen Defekt plastisch zu verschließen. Infolgedessen infizierte sich die Operationswunde und der Defekt blieb offen. Nach entsprechender Vorbereitung wurde in LA die Versorgung der Wunde nach Ausschneiden des Gewebes bis zum Gesunden in Rhomboidform durchgeführt. Postoperativ zeigte sich eine gute Heilung des Rhomboidlappens (Abb. 12).



Abb. 12 Der Defekt ist durch fortlaufend umschlungene Nähte versorgt



Abb. 12 a Die Narbe nach mehr als einem Jahr.

Anschließend werden zwei Fälle demonstriert.

Bei dem ersten Fall wurde eine breitflächige Narbe durch die Rhomboidplastik korrigiert.
(Abb. 13) und (13 a)

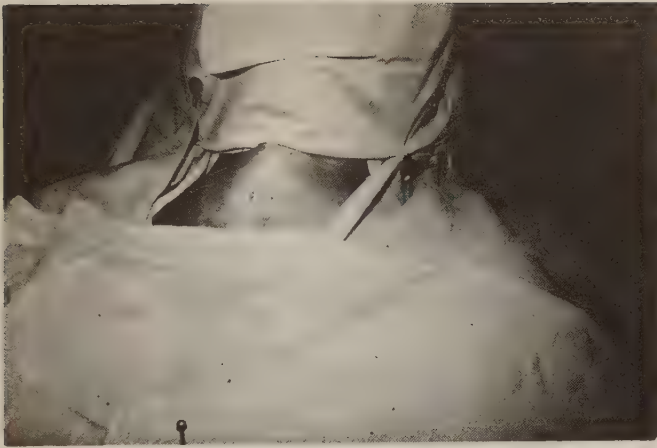


Abb. 13 Das Operationsgebiet ist abgedeckt.
Mitten im Feld ist die Narbe sichtbar.

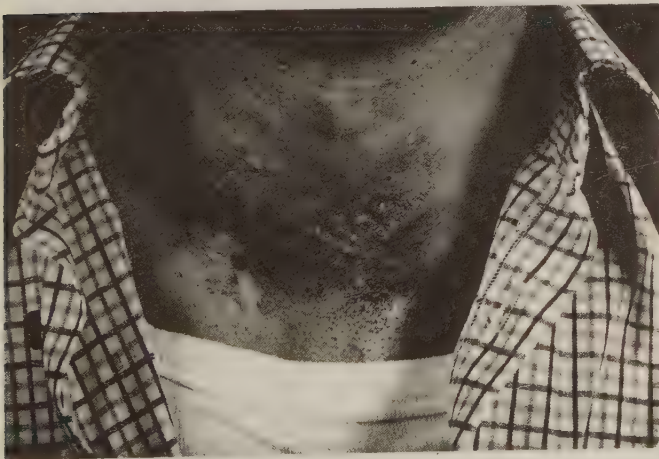


Abb. 13 a. Zustand der Narbe unmittelbar nach
Entfernung der Fäden.

Im zweiten Fall sieht man die Anwendung der Rhomboidplastik am linken Nasenflügel nach Entfernung eines Basalioms.

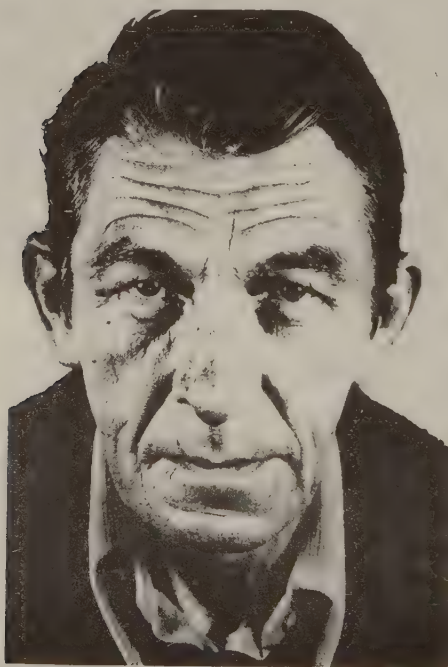


Abb. 14 Zustand nach einem Jahr.

Diskussion

=====

Bei der Durchsicht der Literatur, die sich mit rekonstruktiv plastischen Eingriffen an Kopf, Gesicht und Hals befaßt, wird man feststellen, daß eine primäre Ersatzplastik in möglichst wenigen Operationssitzungen angestrebt wird. Die größte Rolle spielen dabei die gestielten Hautlappen. Spalthauttransplantate sind in diesen Fällen ungünstig wegen ihrer Farbe, Beschaffenheit und leichten Verletzlichkeit. Freie Vollhauttransplantate eignen sich nur für kleine oberflächliche Defekte, die z. B. aus der Umschlagfalte der Ohrmuschel entnommen werden.

Converse und Wood-Smith (1963)(17) decken die Hautdefekte z. B. des Nasenrückens nach Entfernung von Tumoren oder nach Röntgenbestrahlung mit Insel-lappen. Bei Defekten im unteren Nasendrittel sind Rotationslappen aus der Nasolabialfalte und Verschiebelappen aus der unmittelbaren Nachbarschaft in der Literatur als besonders geeignet angegeben. Die Rotation der Wange nach Esser (1915) (13) wird von Zoltan (18) als eine der besten Methoden dargestellt, vorausgesetzt es sind keine früheren Operationen durchgeführt worden, die die Blutversorgung gefährden.

Die Anwendung der "composite grafts", die aus zwei oder mehreren verschiedenen Gewebskomponenten bestehen, werden in Kombination mit Nahlappen zur Deckung von Nasendefekten benutzt. Die Defekte dürfen allerdings nicht zu groß sein (max. 2,5 cm im Durchmesser) und müssen gut durchblutete Ränder aufweisen. Außerdem muß man die postoperative Schrumpfung, die bis 25 % betragen kann, berücksichtigen. Das Operationsvorgehen nach Dieffenbach (1)

mit Modifikation nach Spiesl (19) bei Karzinomen der Unterlippe gestattet eine totale Neck dissection.

Bei der Rhomboidplastik ist es nicht notwendig, so genau auf die Durchblutungsverhältnisse zu achten, die durch eventuell vorausgegangene Operationen oder Narbenbildungen gestört sein könnten. Hier wird an Fall 4 und Fall 8 erinnert. Das erklärt sich durch die Tatsache, daß man hier nicht von einem Stiel, der die ernährenden Blutgefäße trägt, sprechen kann, sondern von einem "Lappenfuß", der eine außerordentlich breite Basis hat.

Besonders gut eignet sich die Rhomboidplastik beim Decken von Substanzverlusten an Gesicht und Hals, da die Gesichtszüge und -falten erhalten bleiben. Hervorzuheben ist bei dieser Methode die Ausführungsmöglichkeit in acht Ebenen, die aus der Abb. 2 ersichtlich wird. Die Rhomboidplastik eignet sich ebenso gut zur Deckung von hartnäckigen Halsfisteln, die sich durch andere plastische Methoden nicht decken ließen. Bei diesen Fällen war sogar das Gebiet um die Fisteln mehrmals voroperiert, trotzdem kam es zu einer primären Heilung der Plastik. Die guten Behandlungserfolge sind aus der Abb. 6/10 zu ersehen.

Die Materie dieser Dissertation ist sowohl in bezug auf das Krankengut als auch in bezug auf das Thema nicht sehr umfangreich, aber die Resultate, die bei den bisher operierten Fällen erzielt wurden, sind funktionell und ästhetisch so überzeugend, daß die Anwendung der Rhomboidplastik für die Zukunft sehr empfehlenswert erscheint.

Zusammenfassung

So alt die Chirurgie ist, so lange wird der Arzt mit Verletzungen konfrontiert, die Substanzverluste bzw. Defekte am menschlichen Körper nach sich ziehen. Seit den Anfängen der Chirurgie besteht also sowohl von seiten des Arztes als auch von seiten des Patienten der Wunsch, verletzte Körperteile funktionell und ästhetisch wiederherzustellen. Besonders schwierig erwies sich diese Aufgabe im Kopf-, Gesichts- und Halsbereich. Die Schwierigkeiten in diesen Regionen waren eine Herausforderung für die Chirurgen, von denen sich manche darauf konzentrierten und dazu beitrugen, daß die plastische Chirurgie zu Anfang dieses Jahrhunderts einen gewaltigen Aufschwung nahm. Dennoch werden heute zum Teil die Methoden angewandt, die von den Pionieren der damaligen Zeit entwickelt wurden.

Bei dem Bestreben, die Operationsmethoden zu vervollkommen, wurde in der Hals-Nasen-Ohren-Klinik des Klinikums Charlottenburg die Rhomboidplastik eingeführt, die bei Substanzverlusten nach Unfällen und Tumorexzisionen angewandt wurde und absolut ästhetische Ergebnisse erbrachte. In der Zeit von 1970 bis 1976 wurde diese neue Methode insgesamt zwölfmal angewandt. In unserem Krankengut wurde die Rhomboidplastik sowohl nach Tumorexzisionen im Gesichtsbereich als auch zur Deckung von hartnäckigen Hypopharynx- und Parotisfisteln, die sich durch herkömmliche Plastiken nicht decken ließen, angewandt.

Bei elf zur Nachuntersuchung erschienenen Patienten wurden die Spätergebnisse begutachtet und bei der schon vorhergegangenen Fallbesprechung dokumentiert. An dieser Stelle möchte ich ganz besonders auf die absolut ästhetischen Resultate bei der Beseitigung

der Fisteln im Halsbereich hinweisen, da bei diesen Patienten das Operationsgebiet durch vorhergegangene Eingriffe und Bestrahlungen sehr vorgeschädigt war.

Somit kann man feststellen, daß das Ziel, das sich jeder Chirurg bei einem plastischen Eingriff stellt, durch die Einführung der Rhomboidplastik befriedigend erfüllt wurde.

Autorenverzeichnis

=====

Seite

Ammon	(6)	2
Bardenheuer	(2)	1
Burow	(10)	2
Dieffenbach	(1)	1
Esmarch	(7)	2
Esser	(13)	2
Herfert	(16)	4
Imre	(12)	2
Kazanjan	(15)	3
Kowalzig	(8)	2
Langenbeck	(3)	1
Leutteneur	(14)	3
Limberg	(9)	2
Marchand	(5)	1
Pancoast	(4)	1
Spiesl	(19)	36
Stark	(11)	2
Wood-Smith	(17)	35
Zoltan	(18)	35

Literaturverzeichnis

=====

1. Bethmann, Wolfgang, und Zoltan, Janos
Operationsmethoden der Plastischen Chirurgie
Verlag VEB Gustav Fischer, Jena, 1968
2. Betow: Persönliche Mitteilungen
3. Burian, Frantisek
The plastic surgery, atlas II
Butterworths, London,
Czechoslovak Medical Press, Prague, 1967
4. Gohrbandt - Gabka - Bendorfer
Handbuch der Plastischen Chirurgie
Band I, 2. Teil
Lieferung 12: Zoltan
Transplantationslehre

Lieferung 22: Gabka - Schlegel - Stein
Gutartige und bösartige Geschwulste im Gesichtsbereich
aus plastisch-chirurgischer Sicht

Verlag Walter de Gruyter, 1972
5. Goldwyn, Robert M.
The Unfavorable Result in Plastic Surgery
M. D. Little, Brown and Company, Boston, 1972
6. Haas, Erwin
Plastische Chirurgie im Gesichts-Hals-Bereich.
Ein Überblick
Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1976

7. McGregor, Ian A.
Fundamental Techniques of Plastic Surgery
and their Surgical Applications
Churchill, Livingstone, 1972
8. Perwitzschky, R.
Wiederherstellungschirurgie des Gesichtes
Verlag Walter de Gruyter & Co., 1951
9. Schörcher, Fritz
Kosmetische Operationen
J. E. Lehmanns Verlag, München, 1955
10. Schuchardt, Karl
Fortschritte der Kiefer- und Gesichts-Chirurgie
Band XX
Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1974
11. Serger, A., und Mündnich, K.,
Plastische Operationen an der Nase und an der
Ohrmuschel
12. Kopf - und Hals - Chirurgie
Band II, Teil 1
Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1962
13. Reviews in plastic surgery:
General plastic and reconstructive surgery
Excerpta Medica, Amsterdam
American Elsevier Publishing Co., Inc.,
New York, 1974

Diese Arbeit wurde an der Hals-Nasen-Ohren-Klinik
des Klinikum Charlottenburg der Freien Universität
Berlin ausgeführt.

Herrn Prof. Dr. med. Ch. Betow danke ich für die
Überlassung des Themas, für anregende Diskussionen
und Hinweise sowie seine fachliche Unterstützung.

Mein Dank gilt auch allen Patienten, die sich für
unsere Untersuchungen zur Verfügung gestellt haben.

Lebenslauf

=====

Am 12. Juli 1940 wurde ich in Sofia/Bulgarien als Sohn des Arztes Dr. Assen Bontchev und seiner Ehefrau Elissaweta Bontcheva geboren.

Meine Kindheit verbrachte ich bei meinen Eltern. In Sofia besuchte ich die Grundschule und das Gymnasium. Nach dem Abitur im Jahre 1958 mußte ich meinen Wehrdienst für zwei Jahre ableisten. 1960 folgte ich meiner Familie in die DDR, wo mein Vater inzwischen als Arzt befristet tätig war. 1961 wurde ich an der Karl-Marx-Universität Leipzig immatrikuliert, wo ich das Physikum beendete. Nachdem meine Eltern nach Bulgarien zurückgekehrt waren, setzte ich mein Studium an der Humboldt-Universität in Ost-Berlin fort. 1968 absolvierte ich das Medizinstudium an der Charité.

Mit meiner Ehefrau Monika Bontchev, geb. Lieck, zog ich nach Magdeburg. Dort begann meine chirurgische Ausbildung. 1971 gelang es mir, meine Facharztausbildung in Westberlin im Städtischen Krankenhaus Moabit fortzusetzen. Meine Ehefrau und meine beiden Kinder folgten mir 1972 nach Westberlin. Seit 1974 ist meine Ehefrau als niedergelassene Zahnärztin in Westberlin tätig.

Meine Facharztanerkennung für Chirurgie wurde mir 1975 verliehen.

